



Cincuenta
Aniversario

UAM Universidad Autónoma
de Madrid



Facultad
de Medicina

TRABAJO DE FIN DE GRADO DE ENFERMERÍA

APROXIMACIÓN A LA VIVENCIA DEL PACIENTE GRAN QUEMADO EN SU PROCESO DE RECUPERACIÓN. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

APPROACH TO THE EXPERIENCE OF THE
BURNED PATIENT IN THE RECOVERY
PROCESS. INVESTIGATION PROJECT.

AUTORA: LAURA MONTERO SUÁREZ

TUTORA: M^a LOURDES CASILLAS SANTANA

Universidad Autónoma de Madrid

Grado de Enfermería

Curso 2017 – 2018

Mayo de 2018

Índice de Contenidos

| | |
|--|-----------|
| RESUMEN | 5 |
| ABSTRACT | 6 |
| 1. Introducción..... | 7 |
| 1.1 Descripción y epidemiología del problema de salud..... | 7 |
| 1.2 Clasificación de las quemaduras | 9 |
| 2.3 Fisiopatología del paciente gran quemado | 10 |
| 2.4 Morbimortalidad del paciente gran quemado | 12 |
| 2.5 Secuelas en el paciente gran quemado | 14 |
| 2.6 Secuelas y su impacto en la calidad de vida..... | 17 |
| 2.7 Papel del profesional de enfermería | 18 |
| 2. Justificación y Objetivos..... | 19 |
| 3. Metodología..... | 21 |
| 3.1 Ámbito de estudio | 21 |
| 3.2 Población de estudio | 23 |
| 3.3 Muestreo | 24 |
| 3.4 Captación de la muestra..... | 24 |
| 3.5 Recogida de datos..... | 25 |
| 3.6 Tratamiento de los datos | 26 |
| 4. Aspectos éticos | 27 |
| 5. Cronograma del estudio..... | 28 |
| 6. Limitaciones del estudio..... | 29 |
| 7. Conclusiones e implicaciones en la práctica clínica | 29 |
| AGRADECIMIENTOS | 30 |
| BIBLIOGRAFÍA | 31 |
| ANEXOS | 37 |
| Anexo 1. Profundidad de las quemaduras, según distintas clasificaciones | 37 |
| Anexo 2. Regla de Wallace | 38 |
| Anexo 3. Escala de Lund-Browder..... | 39 |
| Anexo 4. Criterios de gravedad de las quemaduras | 40 |
| Anexo 5. Hoja de información al paciente | 41 |
| Anexo 6. Consentimiento informado para participar en el estudio | 44 |
| Anexo 7: Guion de entrevista..... | 46 |

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

CAM: Comunidad Autónoma de Madrid

OMS: Organización Mundial de la Salud

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

SCQ: Superficie Corporal Quemada

SUMMA: Servicio de Urgencia Médica de Madrid

HULP: Hospital Universitario La Paz

HUG: Hospital Universitario de Getafe

ABA: American Burn Association

INE: Instituto Nacional de Estadística

CEIC: Comités Éticos de Investigación Clínica

RESUMEN

Introducción: Se estima que las quemaduras provocan alrededor de 180.000 muertes al año en todo el mundo. A pesar de que las tasas de mortalidad han descendido en los últimos años sobre todo en los países de renta alta, siguen constituyendo un problema de salud pública a nivel mundial. Son una de las principales causas de pérdida de años de vida, morbilidad, hospitalización prolongada, desfiguración, discapacidad, así como estigmatización y rechazo.

Objetivo: Este estudio tiene como principal objetivo conocer el impacto de las lesiones por quemadura y su recuperación en la calidad de vida del paciente gran quemado.

Metodología: Estudio cualitativo apoyado en el paradigma fenomenológico, el cual nos permitirá conocer la realidad vivida por estos pacientes. La población de estudio serán aquellos pacientes que hayan estado ingresados en la Unidad de Quemados de los Hospitales Universitarios La Paz y Getafe, pertenecientes a la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) por ser ambos centros de referencia a nivel nacional. Para llevar a cabo el estudio se realizarán entrevistas abiertas y semiestructuradas que serán grabadas mediante un sistema de audio y transcritos verbatim. Para el análisis y la organización de los datos utilizaremos el software ATLAS TI y se llevará a cabo en tres etapas: lectura en profundidad, codificación e integración de la información.

Palabras Clave: Quemadura, Paciente Gran Quemado, Secuelas, Calidad de vida.

ABSTRACT

Background: It is estimated that burns cause around 180,000 deaths a year worldwide. Although mortality rates have decreased in recent years, especially in high-income countries, they still are a public health problem worldwide. They are one of the leading cause of lost years of life, morbidity, long-time hospitalization, disfigurement, disability, as well as stigmatization and rejection.

Objective: The main aim of this study is to know the impact of burn injuries and their recovery on the quality of life of the burned patient.

Methods: Qualitative study supported by the phenomenological paradigm, which will allow us to know the reality lived by these patients. The study population will be those patients who have been admitted to the Burns Unit of the University Hospitals of La Paz and Getafe, belonging to the Community of Madrid because they are both reference centers at a national level. To carry out the study, open and semi-structured interviews will be conducted and recorded using an audio system and transcribed textually. For the analysis and organization of the data we will use the ATLAS TI software and it will be carried out in three stages: in-depth reading, coding and integration of the information.

Key Words: Burn, Great Burned Patient, Effects, Quality of life.

1. Introducción

1.1 Descripción y epidemiología del problema de salud

Las quemaduras son lesiones producidas en la piel u otros tejidos vivos, ocasionadas por la acción de diversos agentes físicos (llamas, líquidos u objetos calientes, radiación, frío, electricidad), químicos y biológicos, que ocasionan alteraciones importantes tanto de índole física tales como un desequilibrio químico por la desnaturalización de las proteínas tisulares, edema y pérdida del volumen del líquido intravascular debido a un aumento de la permeabilidad vascular; como consecuencias emocionales y sociales ^(1,2,3).

Se ha definido como paciente «gran quemado» ⁽⁴⁾ aquél con lesiones producidas por daño térmico que conllevan la necesidad de al menos, tres días, de tratamiento en Unidades de Cuidados Intensivos tras el traumatismo. Gueugniaud y colaboradores describieron en el año 2000 los criterios ⁽⁵⁾ para clasificar al paciente «gran quemado». [Tabla 1.](#)

Tabla 1. Criterios para definir al paciente gran quemado.

Superficie corporal quemada >25% en adultos o >20% en edades extremas.
Superficie corporal quemada con quemaduras profundas o de tercer grado >10%.
Quemaduras en cara y/o cuello.
Quemaduras por inhalación.
Quemaduras asociadas a traumatismos.
Quemaduras en pacientes con patologías graves asociadas.

Fuente: Elaboración propia a partir de Gueugniaud P et al (5)

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) las quemaduras ocasionan alrededor de 180.000 muertes al año, la mayoría se dan en países con niveles de ingresos medio-bajos, concretamente, casi dos tercios de ellas se producen en regiones de Asia Sudoriental y África. Aunque las tasas de mortalidad han descendido, la tasa de mortalidad infantil sigue siendo siete veces superior en los países con niveles de ingresos bajo y mediano que en los que tienen niveles de ingresos altos ⁽⁶⁾.

En el año 2004, casi 11 millones de personas de todo el mundo sufrieron quemaduras que requirieron de atención médica ⁽⁶⁾.

No existen datos exactos sobre la incidencia de lesiones por quemadura en España. En países de nuestro entorno se tasan alrededor de 300 casos por 100.000 habitantes/año ⁽⁴⁾. La hospitalización secundaria a quemaduras, según la encuesta de morbilidad hospitalaria de 2015 del Instituto Nacional de Estadística, se estima en 7 casos por cada 100.000 habitantes ⁽⁷⁾, algunos de los cuales requieren de hospitalización en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), principalmente por el shock derivado de una extensa superficie corporal quemada (SCQ), por afectación de la vía aérea o por lesiones asociadas como politraumatismos ⁽⁴⁾.

Según la memoria del Servicio Madrileño de Salud, durante el año 2016 se atendieron 376 casos de quemaduras (0.08% del total de procesos atendidos). Durante los años 2015 y 2016 se recibieron 31 y 43 alertas hospitalarias procedentes del SUMMA 112 relacionadas con lesiones por quemadura ⁽⁸⁾. De esos 376 casos totales, 291 fueron atendidos en los dos hospitales madrileños considerados centros de referencia a nivel nacional. Concretamente en el Hospital Universitario La Paz (HULP), se atendieron 184 casos de quemadura que requirieron ingreso en la Unidad de Críticos ⁽⁹⁾; en el Hospital Universitario de Getafe (HUG), fueron 107 los casos atendidos durante ese mismo año ⁽¹⁰⁾.

Se han descrito diversos factores de riesgo. Según los factores socioeconómicos, como ya se ha dicho con anterioridad, son las personas que viven en países con niveles de ingreso bajos y medianos, las que tienen mayor riesgo de sufrir quemaduras; el estatus socioeconómico guarda importante relación con este riesgo ⁽⁶⁾.

Otros factores de riesgo guardan relación con la ocupación laboral, la pobreza, la falta de medidas de seguridad adecuadas o el uso de inflamables como combustibles ⁽⁶⁾.

En cuanto al sexo, datos internacionales muestran que, aunque las mujeres sufren menos quemaduras que los hombres, presentan mayores tasas de mortalidad que estos. Además, son más propensas a sufrir quemaduras en el ámbito doméstico, esto es debido a que generalmente se encuentran más en contacto con fuentes de calor como pueden ser las cocinas, estufas o con líquidos calientes. Los hombres, por el contrario, son los que presentan mayores tasas de lesiones, al contrario que las mujeres, las quemaduras en este grupo se producen mayormente en el ámbito laboral ⁽⁶⁾. Diversos estudios tanto

nacionales, como internacionales ^(11,12,13), muestran que la población más afectada son mayoritariamente hombres jóvenes y de mediana edad ⁽⁴⁾ (23 frente a 7 casos femeninos según el estudio de Zerpa y colaboradores ⁽¹²⁾; 599 frente a 252 según el estudio de Galerías ⁽¹³⁾), el grupo etario con mayor N° de casos según Zerpa y colaboradores ⁽¹²⁾ fue el de 20-30 años con 12 casos, seguido de 30-40 años con 8 casos, cuyo agente causal más frecuente fue la exposición a llamas o líquidos calientes (escaldaduras), seguido de quemaduras provocadas por descargas eléctricas. Resultados similares fueron los obtenidos por Galeiras ⁽¹³⁾, siendo el grupo etario más afectado el de 30-49 años con 288 casos, seguido del de <30 años con 213 casos. La causa de estos datos, similares a los encontrados por otros autores ^(11,14), puede deberse a razones de naturaleza laboral ya que afecta principalmente a población en edad activa y puestos de trabajo con representación casi exclusiva por hombres.

Otro aspecto que se objetivó en el estudio de Galeiras ⁽¹³⁾ fue que los pacientes quemados de edades superiores a 70 años tendían a la igualdad de porcentaje en cuanto al sexo, a diferencia de los grupos etarios más jóvenes en los que había más varones.

1.2 Clasificación de las quemaduras

Los criterios principales para la clasificación de las quemaduras son la extensión afectada o superficie corporal quemada (SCQ), la profundidad de la quemadura y su localización anatómica ^(1,3).

El grado de la quemadura, definido por su profundidad, está influido por la intensidad del agente causal, así como por la duración de la exposición a éste; puede ir desde una lesión menor como un eritema, hasta la pérdida y destrucción extensa y severa de las estructuras ⁽³⁾. ([Anexo 1](#))

La extensión de la quemadura puede valorarse utilizando la regla de los “9” de Wallace ([Anexo 2](#)), de fácil manejo y útil sobre todo en el adulto con quemaduras de extensión mediana o amplias, consiste en “dividir” el cuerpo en diferentes regiones anatómicas, cada una de ellas equivale a un 9%. Otra herramienta utilizada en el adulto es la regla de la palma de la mano, la cual equivale aproximadamente al 1% de su superficie corporal total. Este método resulta útil en quemaduras pequeñas (<15%) o muy extensas (>85%), donde se evalúa la superficie corporal no quemada ⁽²⁾.

En el caso de los niños resulta más útil y preciso la utilización de otro tipo de escalas como la de Lund-Browder ([Anexo 3](#)), similar a la utilizada en adultos, la diferencia con esta es que dependiendo de la edad del niño se dará un valor diferente a cada área corporal afectada, esta escala compensa las variaciones de la forma del cuerpo según la edad del niño. La finalidad del uso de escalas es determinar de manera más precisa la gravedad y así establecer el tratamiento más adecuado ⁽²⁾.

Otra de las clasificaciones a tener en cuenta según la American Burn Association (ABA) es la clasificación de las quemaduras según su gravedad ⁽¹⁵⁾, estas podemos clasificarlas en quemaduras menores, moderadas o mayores en base a criterios de superficie corporal quemada, profundidad de la quemadura y localización de la misma. ([Anexo 4](#))

2.3 Fisiopatología del paciente gran quemado

Las quemaduras son un tipo de traumatismo que produce alteraciones tanto locales como sistémicas viéndose afectados la mayoría de los sistemas presentes en nuestro organismo.

Tenemos que tener en cuenta que la piel es el órgano más extenso del cuerpo, desempeña funciones indispensables para la vida del individuo, entre ellas se encuentran la termorregulación, la función protectora o de defensa inmunológica, así como la función neuro-sensitiva y metabólica. Las quemaduras actúan alterando estas funciones pudiendo comprometer la vida del paciente ^(1,16).

A nivel local se produce una lesión cutánea la cual podemos dividir en tres zonas: zona de coagulación, zona de estasis y zona de hiperemia. La zona de coagulación es la zona que se encuentra en contacto con el agente causal de la quemadura y por tanto presenta un daño en el tejido irreversible. Alrededor de esta zona encontramos la zona de estasis, en esta región el daño es menor que en la zona de coagulación, la perfusión se encuentra alterada, existe daño a nivel vascular con un aumento de la permeabilidad vascular. Esta zona puede recuperarse si la perfusión es la adecuada. Por último, la zona de hiperemia es la zona más periférica, en esta franja encontramos una importante vasodilatación, generalmente el tejido presente en esta zona se recupera sin dificultad ^(1,16).

A nivel sistémico, las quemaduras extensas provocan una liberación masiva de mediadores inflamatorios, activando así una respuesta inflamatoria sistémica; esto da

lugar a una vasodilatación, un aumento de la permeabilidad vascular con la consecuente extravasación de líquido hacia el espacio intersticial y aparición de edema. Como efecto de esta extravasación se produce un estado de hipovolemia con la consecuente disminución de la perfusión al resto de tejidos del organismo, disminución del retorno venoso, así como alteración del gasto cardiaco ^(1,16).

Debido a este aumento de la permeabilidad capilar, aparecen alteraciones hidroelectrolíticas entre las cuales se pueden destacar la hipernatremia e hiperkalemia (causada por la lisis celular) que aparecen en las primeras 36h post trauma, en los días posteriores predominan la hiponatremia, hipokalemia (debida al aumento de las pérdidas), hipomagnesemia, hipocalcemia e hipofosfatemia ^(1,16).

A nivel hematológico se produce una hemólisis aguda por efecto del calor sobre los eritrocitos, el paciente inicialmente presentará un hematocrito aumentado debido a que la pérdida de líquido intravascular es mayor a la lisis eritrocitaria. Es frecuente en estos pacientes la aparición de anemia a las 24-36h posteriores al trauma. Así mismo presentan alteraciones de la coagulación, siendo frecuente la trombocitopenia. Igualmente es frecuente la rabdomiólisis ^(1,16).

A nivel renal estos pacientes presentan una disminución tanto del flujo renal como de la tasa de filtración glomerular como consecuencia de la hipovolemia. Estos cambios llevan al paciente a un estado de oliguria que de no ser abordado puede traer consigo la necrosis del tejido tubular y fallo renal ^(1,16).

A nivel pulmonar pueden darse lesiones por inhalación llegando a producirse atelectasias y colapso alveolar, edema de vías respiratorias y pulmonar, así como alteraciones secundarias a procesos infecciosos como puede ser la neumonía. Estas lesiones por inhalación son la mayor causa de muerte en este tipo de pacientes ^(1,16).

A nivel gastrointestinal, como consecuencia de la hipovolemia se produce una vasoconstricción esplácnica (para favorecer el flujo sanguíneo en los órganos principales), hipoperfusión con el consecuente riesgo de íleo paralítico y úlceras. Se produce una atrofia de la mucosa, alteraciones en la absorción y aumento de la permeabilidad intestinal (foco importante de sepsis). El paciente además se va a encontrar en un estado hipermetabólico con taquicardia, aumento del gasto cardiaco, aumento del consumo de oxígeno, proteólisis, lipólisis, agotamiento de los depósitos de glucosa por lo que el organismo tiene que usar los aminoácidos (gluconeogénesis) de origen muscular

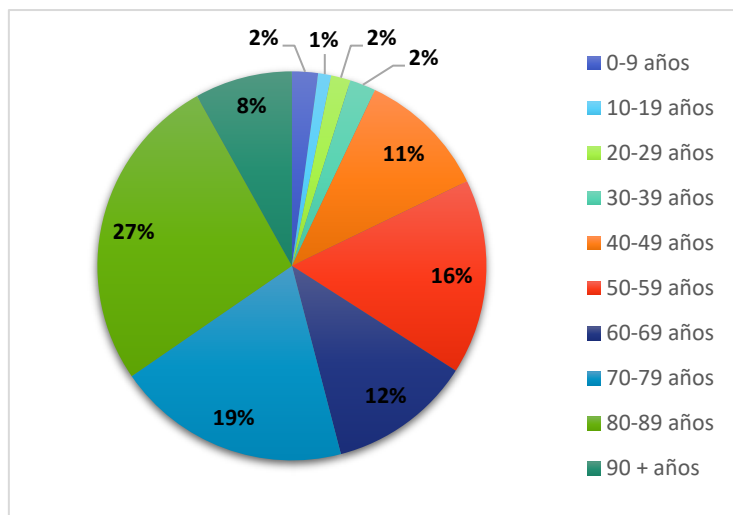
lo que ocasiona una disminución progresiva de la masa muscular. Finalmente se produce una hiperglucemia debido a una resistencia periférica a la insulina. Las necesidades energéticas de este tipo de pacientes se ven aumentadas por dos ^(1,16).

A nivel inmunológico, el paciente se encuentra inmunodeprimido, principalmente por la destrucción de la barrera protectora, con el consecuente riesgo de infección. Las principales son la infección y colonización de la quemadura, infección y colonización de los sitios de venopunción y catéteres o neumonías ^(1,16).

2.4 Morbimortalidad del paciente gran quemado

Como ya se ha comentado con anterioridad, las quemaduras constituyen una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial. Se incluyen entre las principales causas de pérdida de años de vida ceñido en función de la discapacidad en aquellos países de ingreso mediano y bajo. Requieren de hospitalización prolongada, y, suponen, en algunos casos, de desfiguración y discapacidad ⁽⁶⁾.

Figura 1. Defunciones por quemadura según edad en España durante el año 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INE 2016 ⁽¹⁷⁾

La morbilidad del paciente gran quemado actualmente continúa teniendo una importante relevancia, si bien es cierto que se ha reducido en los últimos años ⁽⁴⁾. Son múltiples los factores que contribuyen en el pronóstico del gran quemado, entre ellos podemos destacar la edad del paciente, la extensión y

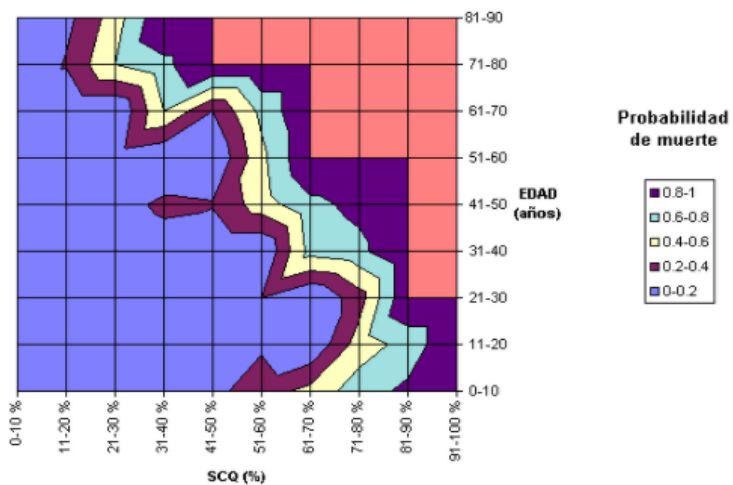
localización de las lesiones o superficie total afectada, la profundidad de estas, el agente causal, afectación respiratoria y la existencia de enfermedades concomitantes ⁽¹⁴⁾.

La mortalidad del paciente gran quemado debemos ajustarla según diversos factores de riesgo asociados a la quemadura; los dos factores principales que se relacionan

directamente con la mortalidad de este tipo de pacientes son la edad y el porcentaje total de superficie corporal quemada (SCQ). Hay un incremento progresivo del riesgo de mortalidad en aquellos pacientes de mayor edad [Figura 1](#) y extensiones corporales afectadas mayores, existiendo una relación directa entre ambas variables ⁽¹⁴⁾.

La [Figura 2](#) muestra en una representación gráfica la probabilidad de muerte para cada grupo de edad y superficie corporal quemada de 1000 pacientes en un estudio realizado en la Unidad de Quemados del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Así pudieron comprobar que cuando la superficie corporal quemada era mayor del 50%

Figura 2. Representación gráfica de la probabilidad de muerte (en tanto por uno) para cada edad y porcentaje de superficie corporal quemada (SCQ) en 1000 pacientes consecutivos tratados en la Unidad de Quemados del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla



y la edad superior a 70 años, **Fuente:** Gómez-Cía T et al. ⁽¹⁴⁾

la probabilidad de muerte se encuentra en un 100%; con ese mismo porcentaje de SCQ y una edad comprendida entre 51-60 años, el porcentaje de mortalidad se sitúa en torno al 70% ⁽¹⁴⁾.

En el estudio de Galeiras ⁽¹³⁾ observaron que los pacientes fallecidos eran significativamente mayores en edad que los no fallecidos, tenían mayor superficie corporal quemada y la profundidad de la quemadura era mayor; además también objetivaron mayores tasas de mortalidad en aquellos que habían sufrido inhalación de humo y pertenecientes al sexo femenino (22,1% de mortalidad en mujeres, frente a 15,6% en varones).

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) del 2016, 185 personas murieron en toda España a causa de accidentes relacionados con fuego, humo y sustancias calientes, de esos, 107 eran varones. En la Comunidad de Madrid fueron 6 los fallecidos por estas causas, 4 varones y 2 mujeres ⁽¹⁷⁾.

Las principales causas de mortalidad en este tipo de pacientes son las respiratorias seguidas de las renales ⁽⁴⁾.

2.5 Secuelas en el paciente gran quemado

Las quemaduras constituyen uno de los traumas más severos que el ser humano puede experimentar, estas suponen una perturbación que afecta a todas las esferas de la persona. Es conocido que los supervivientes tienen que hacer frente a grandes cambios tanto físicos como psicológicos y sociales ⁽¹⁸⁾.

La experiencia de quemarse se considera un acontecimiento traumático ya que esta supone una sensación de riesgo de muerte y conciencia de daño irreversible. Además de la quemadura, existen otros múltiples factores que influyen en la persona de manera negativa; la vivencia del suceso, la prolongada estancia hospitalaria, el severo desequilibrio fisiológico, la cicatrización en las etapas tardías, el dolor, así como la desfiguración física; todos ellos pueden ocasionar secuelas frecuentes a las que debe hacer frente el paciente gran quemado.

Se define secuela como «el trastorno o lesión que persiste tras la curación de un traumatismo o enfermedad, consecuencia de los mismos, y que produce cierta disminución de la capacidad funcional de un organismo o parte del mismo» ⁽¹⁸⁾. Esta lesión puede afectar a la esfera funcional, psicológica, ser de carácter morfológico o estético, objetivo o subjetivo.

Entre las distintas **secuelas** podemos encontrar las **físicas, psicológicas y sociales**.

Las **secuelas físicas** son aquellas que provocan alteraciones en las diferentes estructuras corporales pudiendo producir perturbaciones en la funcionalidad de las mismas, entre estas podemos encontrar ⁽¹⁸⁾:

- Cicatrices hipertróficas, caracterizadas por una rigidez, hipertrofia y enrojecimiento del tejido. Este tipo de lesiones tienen una elevada prevalencia entre los pacientes gran quemados, causando deformidades y alteraciones en la movilidad de las estructuras afectadas.
- Debilidad y fatiga, derivado de la pérdida de masa muscular a consecuencia de la elevada actividad catabólica durante el proceso agudo. En muchas ocasiones el paciente tiene que aprender a andar de nuevo tras muchos meses en cama y como consecuencia de la gran pérdida de masa muscular mencionada anteriormente. Debido a esto puede verse alterada la práctica habitual de paciente; muchos de ellos refieren que les impide realizar las actividades básicas de la vida diaria y, en

muchas ocasiones supone una problemática para la reincorporación al mundo social y laboral.

- Dolor crónico intenso que puede persistir durante años tras el accidente. Tiene numerosas implicaciones tanto a nivel personal como social, siendo otro factor más que influye en la incapacidad funcional y en una disminución de la calidad de vida percibida.
- Amputaciones, siendo responsables en la mayoría de los casos de un aumento de la incapacidad funcional, afección emocional y psicológica por la pérdida, alteración de la imagen corporal y duelo entre otras.

Entre otras afecciones que afectan a la calidad de vida de estos pacientes encontramos alteraciones en la termorregulación, así como prurito.

A nivel **psicológico** se han descrito numerosos factores estresantes que pueden producir un importante impacto alterando el equilibrio integral de la persona ⁽¹⁸⁾.

El ingreso en la UCI supone un cambio de ambiente, una separación del entorno habitual y un aislamiento físico prolongado donde el número de visitas son reducidas en cantidad y duración dadas las normas de las diferentes unidades. El ingreso en estas unidades genera una sensación de peligro mayor y de estrés, una falta de control sobre sí mismo y sobre su propio proceso lo que produce que el paciente experimente una serie de sensaciones que afectan de manera negativa a su autoestima. Sumado a todas estas encontramos otra preocupación en estos pacientes que es la del bienestar de sus familiares y la forma en que estos están viviendo esta situación. Todos estos factores contribuyen a la aparición o agravamiento de un trauma psicológico ⁽¹⁹⁾.

Por otro lado, encontramos los tratamientos, procedimientos, curas, intervenciones quirúrgicas repetidas y especialmente dolorosas que generan un discomfort en el paciente ⁽¹⁹⁾.

El nivel de conciencia también juega un importante papel en este proceso, aumentando la percepción de trauma por parte de estos pacientes. Generalmente permanecen conscientes gran parte del proceso curativo siendo conocedores de sus propias heridas y de su evolución, pueden percatarse de la situación del resto de pacientes ingresados en la unidad anticipándose a las posibles secuelas que ellos mismos pueden llegar a tener a la larga, lo que genera mayor ansiedad y miedo hacia el futuro ⁽¹⁹⁾.

Todos estos factores juegan un papel muy importante y pueden llegar a aumentar la sensación de estrés tanto físico como psicológico. La respuesta psicológica puede ser muy variable y va a depender de cada paciente, entre las alteraciones más frecuentes encontramos los trastornos de ansiedad, depresión, síndrome de estrés postraumático y alteración de la imagen corporal ⁽¹⁹⁾.

Centrándonos en los trastornos de ansiedad, el más destacado es el síndrome de estrés postraumático, derivado del accidente considerando este como un evento traumático al que el paciente se ha visto sometido. Los afectados pueden revivir el suceso, mostrar inestabilidad emocional o establecer conductas de evitación. Otro trastorno frecuente es la ansiedad generalizada, este está muy ligado al desarrollo de depresión ⁽¹⁸⁾.

El riesgo de sufrir una depresión es muy elevado entre este tipo de pacientes sobre todo durante el primer año (25-65%) como consecuencia de la alteración de la imagen corporal, las limitaciones o el aislamiento social durante la estancia hospitalaria. Estos pueden verse agravados por trastornos psicoafectivos previos, el desarrollo de afrontamientos inefectivos, pertenecer al sexo femenino o por el fallecimiento de personas cercanas en el suceso ⁽¹⁸⁾.

En estos pacientes además se da el agravamiento de la alteración de la imagen corporal, al igual que en otros sucesos traumáticos el cambio de imagen sucede de manera repentina. Alteraciones como cambios en la pigmentación cutánea, cambios en la textura de la piel, cicatrices, retracciones en la piel, alopecias o amputaciones, son los principales causantes de esta alteración de la imagen corporal ⁽¹⁸⁾.

Estos problemas de imagen suelen ir asociados a altos niveles de ansiedad, depresión, aislamiento y problemas sociales y de índole sexual ⁽¹⁸⁾.

En cuanto a las **secuelas de índole social** se sabe que el paciente gran quemado presenta grandes dificultades para la reinserción en el mundo social, afectando tanto a su relación con el entorno como a la incorporación al mundo laboral, así como a la sexualidad ⁽¹⁸⁾.

En el ámbito social encuentran dificultades para la reincorporación al mundo laboral, muchas veces esto está ligado a la presencia de otras secuelas tales como problemas funcionales o de carácter psicológico, motivo principal de su incapacidad temporal o baja.

Es muy habitual ver alteraciones en las relaciones personales en este tipo de pacientes, sobre todo en aquellas personas con quemaduras en zonas visibles. Esta imagen puede ocasionar reacciones en el resto de las personas, causando en el gran quemado rechazo o

sentirse el centro de atención; conduciéndoles a un estado de aislamiento, estilos de vida solitarios o conductas de evitación.

En lo que atañe a la sexualidad esta puede verse alterada debido a la perturbación en la imagen corporal y en la autoestima. Además, otro factor condicionante es la alteración de la sensibilidad como consecuencia del daño en la piel, bien sea por el simple hecho de la quemadura o por la cicatrización posterior con aparición de cicatrices hipertróficas.

2.6 Secuelas y su impacto en la calidad de vida

Según la OMS calidad de vida es «la percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia en el contexto de su cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes» ⁽²⁰⁾. Es un concepto amplio que va a la par con la salud física y psicológica del sujeto, su grado de independencia, así como con las relaciones que entabla con la sociedad y los elementos de su entorno.

El mal estado físico y psicológico interfiere en el correcto desempeño de las actividades de la vida diaria de estas personas. Esto afecta de la misma manera a la reinserción en el mundo social y familiar ⁽¹⁸⁾.

El impacto de las quemaduras y su recuperación sobre la calidad de vida ha sido objeto de estudio desde hace muchos años lo cual ha producido una extensa literatura. Varios estudios ^(21,22,23,24,25,26,27,28,29,30), tanto cuantitativos como cualitativos han demostrado como los pacientes con quemaduras severas han manifestado cambios importantes en su calidad de vida.

Así mismo, el estudio de Zapata y Estrada ⁽²¹⁾, muestra una relación negativa entre diversas quemaduras y la calidad de vida, siendo estas quemaduras sobre todo las que afectan la cara y el tórax. Resultados similares fueron los encontrados en otros estudios ^(22,23,24), además estos añaden que las preocupaciones por la imagen corporal dependen más de la localización de la quemadura que de la extensión de esta, siendo las que evidencian más reacciones psicopatológicas las localizadas en zonas visibles como la cabeza y las manos y estas están asociadas con mayores niveles de depresión y limitaciones a la hora de desempeñar actividades ocupacionales y sociales.

El estudio liderado por Fauerbach ⁽²⁵⁾ mostró la influencia del estado físico y psicológico en la calidad de vida de estas personas, siendo los pacientes con una gran carga física o psicológica los que presentaron tasas más lentas de recuperación y mayor afectación en el ámbito psicosocial.

Rojas y Romero ⁽²⁶⁾ en su estudio identificaron que después de sufrir la quemadura la persona pasa por una serie de fases, en la primera fase aparecen cuestionamientos relacionados con la imagen corporal y la apariencia independientemente de su gravedad y sus secuelas, teniendo una concepción primaria de una imagen devaluada para luego, al recuperarse, reorganizar su identidad y alcanzar una estabilidad en su vida.

Otro estudio identificó que las quemaduras redujeron la calidad de vida a corto plazo en un 30%, mostrando una mayor estabilización a largo plazo. A pesar de esta estabilización la calidad de vida percibida por estos pacientes tras uno y dos años del suceso era menor que la percibida 4 semanas antes de la quemadura ⁽²⁷⁾. La calidad de vida es menor en aquellos pacientes con más superficie corporal quemada, por ejemplo, la puntuación promedio tras un año de la quemadura en pacientes con SCQ <25% fue de 0,750; 0,722 para aquellos con SCQ de 25-50% y 0,695 para quemaduras mayores. Resultados similares fueron los encontrados por Öster ⁽²⁸⁾, verificando la mejoría en la calidad de vida de estos pacientes con el paso del tiempo.

El sexo femenino, la superficie corporal quemada y la importancia de la apariencia física fueron predictores de la insatisfacción de la imagen corporal ^(29,30).

2.7 Papel del profesional de enfermería

La rehabilitación del paciente gran quemado debe dar comienzo, en la medida de lo posible, en la etapa aguda y debe continuarse en la etapa crónica, cubriendo las distintas esferas con el fin de mantener todas las capacidades y funcionalidad posibles. Es preciso abordarlo desde un enfoque multidisciplinar en el que el profesional de enfermería, al igual que los otros profesionales, desempeña una labor fundamental en la prevención de la aparición de las secuelas ⁽¹⁸⁾.

Enfermería conforma el segmento más amplio de las Unidades de Quemados prestando una atención continua al paciente que debe ir encaminada a prestar unos cuidados

individualizados y adaptados según las necesidades de cada individuo. Abarca todos los aspectos del paciente, teniendo una visión holística de este e interviene desde el ingreso hasta la reinserción del mismo en la sociedad. La enfermera de la Unidad de Quemados va a ser la primera en identificar cambios en las condiciones del paciente y es la primera en iniciar las medidas apropiadas para paliar esos cambios, de la misma manera es la figura más cercana y accesible y quien permanece más tiempo con el paciente y la familia ⁽³¹⁾.

La atención de estos pacientes debe plantearse como un continuo, garantizando unos cuidados de enfermería adaptados al paciente en cada uno de los niveles asistenciales. Durante la fase aguda es fundamental, además de la realización de los cuidados técnicos, brindar soporte emocional tanto al paciente como a la familia, propiciando un ambiente que facilite la recuperación ⁽¹⁸⁾.

La rehabilitación a largo plazo en cambio está más relacionada con el fomento de la autonomía, el aumento de la autoestima y la reintegración social. Para ello se trabaja con el paciente distintos aspectos como la educación sanitaria basada en el cuidado de la piel, una alimentación rica en proteínas, promover el autocuidado, realización de ejercicio físico rehabilitador, enseñar técnicas de relajación. De la misma manera debemos facilitar los recursos sanitarios disponibles actuando como nexo de unión entre el paciente, la familia y los otros miembros del equipo ⁽¹⁸⁾.

Es fundamental, en cualquier fase del proceso, realizar una valoración completa, individualizada y exhaustiva del paciente en busca de posibles secuelas o complicaciones, esto nos guiará en nuestra actuación posterior y en los cuidados prestados ⁽¹⁸⁾.

2. Justificación y Objetivos

Partimos de numerosos estudios en los que se muestra un descenso importante en la calidad de vida percibida por estos pacientes tras sufrir la quemadura, siendo ésta menor que en la población general. Siguiendo el hilo de los estudios mencionados con anterioridad se pretende llevar a cabo un estudio cualitativo en el que se recojan los testimonios de los participantes a fin de abordar la realidad de los pacientes que han sufrido quemaduras severas. Teniendo como fin principal conocer el impacto de las

lesiones por quemadura en la calidad de vida del paciente gran quemado a través de una valoración subjetiva de su salud global.

La importancia de la realización de este estudio radica en que existe una literatura muy amplia acerca de la calidad de vida en estos pacientes, sin embargo, muy pocos abordan este aspecto desde una perspectiva enfermera.

Debido a las secuelas que dejan, las quemaduras son lesiones que trascienden en la vida de quienes las sufren, por el impacto en su salud tanto física como psicológica, en su identidad y en sus relaciones sociales, teniendo como resultado final una afección tanto a nivel personal como a nivel de los sistemas de salud, generando un importante impacto económico. Esta evaluación que se pretende con este estudio puede resultar significativa en el conocimiento de las necesidades del paciente y en la aplicación posterior de medidas tanto sanitarias como sociales que colaboren en los procesos de recuperación y reinserción social, pudiendo ofrecer un cuidado centrado en el paciente y sus necesidades.

Objetivo general: conocer el impacto de las lesiones por quemadura y su recuperación en la calidad de vida del paciente gran quemado.

Objetivos específicos:

- Conocer la realidad de estos pacientes, percepciones y secuelas.
- Conocer sus estrategias de afrontamiento.
- Explorar sus necesidades.
- Identificar los cambios experimentados y cómo ha sido su reinserción en la sociedad.

3. Metodología

Para alcanzar los objetivos propuestos la metodología más adecuada es un estudio de tipo cualitativo, la cual nos permite incluir la perspectiva de los sujetos desde su experiencia.

Los estudios cualitativos nos ayudan a dar respuesta a cuestiones sobre experiencias y realidades humanas a través del estudio de las mismas en contacto con las personas o su ambiente ⁽³²⁾. Es definida como aquella que no busca obtener resultados numéricos, sino que intenta comprender, analizar e interpretar los discursos de los sujetos que participan, así como el contexto en el que se desarrolla, en este caso de salud ⁽³³⁾.

Los métodos de investigación cualitativos ofrecen una gama de posibilidades para poder explorar este tipo de contextos, además de proporcionar una visión que se adapte mejor al ambiente que el profesional de enfermería necesita examinar ⁽³⁴⁾.

Para el desarrollo del estudio nos vamos a apoyar en la corriente filosófica de carácter fenomenológico. Esta corriente fue creada por Husserl y Heidegger en la primera mitad del siglo XX, esta se basa primordialmente en que las personas experimentan su mundo basándose en sus propias interpretaciones de sus experiencias. El enfoque de este método se centra en la forma en que las personas construyen su propia realidad social a través de sus experiencias y el significado que le dan a estas. Su propósito principal es entender las experiencias humanas ^(32,34).

Este enfoque permite al profesional de enfermería conocer y comprender el comportamiento humano pudiendo ofrecer así un cuidado holístico centrado en las necesidades del paciente ⁽³⁴⁾.

3.1 Ámbito de estudio

Para el desarrollo de este estudio contaremos con las Unidades de Quemados de dos Hospitales pertenecientes a la Comunidad de Madrid; el Hospital Universitario La Paz y el Hospital Universitario de Getafe, unidades de referencia en el ámbito nacional en la atención a quemados críticos.

El Hospital Universitario La Paz es un centro hospitalario público de tercer nivel. Su Unidad de Quemados atiende a pacientes desde 1965. En diciembre de 2008 fue designada por el Consejo Interterritorial del Sistema nacional de Salud como “Centro de Referencia Nacional” para el tratamiento de quemados críticos junto con la Unidad de Quemados del Hospital de Getafe. La Unidad de Quemados del Hospital Universitario La Paz proporciona una asistencia sanitaria altamente especializada, destacando entre sus indicadores un porcentaje de supervivencia de entorno al 89,6%. Atiende una media de 190 pacientes cada año, pertenecientes a todas las Comunidades Autónomas del territorio nacional. Cuenta con numerosas instalaciones entre las que se encuentran la zona no crítica que cuenta con 12 camas de hospitalización convencional y la zona crítica con 10 habitaciones o boxes individuales, además de dos salas de tratamiento hidroterápico y curas, un quirófano específico y un banco de piel. En el tratamiento de estos pacientes se emplean numerosas técnicas como el uso de piel de banco, cultivos celulares y empleo de factores de crecimiento; microcirugía para la reconstrucción de las secuelas postraumáticas y postquemadura, y otras técnicas de autotrasplante de dedos de pie a mano ⁽³⁵⁾.

El Hospital Universitario de Getafe, al igual que el anterior es un centro hospitalario público de tercer nivel. Es centro de referencia en diferentes áreas asistenciales, entre ellas la asistencia a grandes quemados y otras enfermedades cutáneas. La Unidad cuenta con la certificación reciente según la Norma ISO 9001 al Proceso de Atención Sanitaria al Paciente Quemado. Además, ha sido considerada referencia en la investigación y prevención de las infecciones y complicaciones mortales en este perfil de pacientes. Las medidas preventivas, entre las que se encuentra el uso de la descontaminación digestiva selectiva, han contribuido a aumentar la supervivencia global de estos pacientes del 75% al 90%. Cuenta con 6 camas específicas para el tratamiento de este tipo de pacientes ^(36,37).

3.2 Población de estudio

La población a la que se encuentra dirigida la investigación es a aquellas personas, tanto hombres como mujeres, que hayan estado ingresados en las Unidades de Quemados de la Comunidad de Madrid y hayan recibido el alta hospitalaria hace al menos un año; siendo el Hospital Universitario La Paz y el Hospital Universitario de Getafe en los que se reclutará a los posibles participantes del estudio.

Criterios de inclusión

- Mujeres y hombres que hayan estado ingresados en la Unidad de Quemados de la Comunidad de Madrid (HULP, HUG).
- Que hayan recibido el alta hospitalaria hace al menos 1 año.
- Con una edad comprendida entre los 20-40 años.
- Individuos con lesiones por quemadura independientemente del agente causal y superficie corporal afectada.
- Individuos con quemaduras en cualquier parte del cuerpo.
- Individuos con comprensión y habla fluida del castellano.
- Que hayan aceptado los términos reflejados en el consentimiento informado para participar en el estudio y que hayan firmado el mismo.

Criterios de exclusión

- Individuos que no cumplan alguno de los criterios de inclusión.
- Individuos con dificultades para comprender y hablar con fluidez el castellano.
- Individuos que presenten alteraciones cognitivas o psiquiátricas que limiten la realización de la entrevista.

La población de estudio estará conformada por aquellos pacientes que hayan sufrido la quemadura y hayan sido dados de alta hace más de un año, por ser considerado este como un tiempo adecuado para elaborar la experiencia de la nueva situación. No se hace distinción por sexo, raza, localización de la lesión ni agente causal.

El rango etario seleccionado es por ser éste considerado como una etapa de comienzos, de incorporaciones y de estabilidad tanto laboral como personal; siendo esta una etapa de grandes cambios y desarrollo, pudiendo verse truncada con mayor facilidad. Consideramos esta población muy vulnerable.

3.3 Muestreo

Para la selección de los posibles participantes en el estudio se hará un muestreo por conveniencia, ya que se seleccionarán aquellos sujetos que consideremos que puedan ser buenos informantes y teniendo en cuenta que sean accesibles y se encuentren en una distancia próxima a la investigadora (residentes en la Comunidad de Madrid) ⁽³⁸⁾.

Se seleccionarán sujetos hasta la saturación del discurso, inicialmente se planteará un mínimo de 8 entrevistas. El tipo de muestreo y el tamaño de la muestra puede variar a lo largo del transcurso de la investigación, dependiendo de la evolución de la misma para que esta cubra todos los requerimientos conceptuales del estudio planteados inicialmente.

De ese mínimo de 8 entrevistas, 4 se harán a pacientes que hayan estado ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Universitario La Paz y el resto, las otras 4, a pacientes que hayan estado ingresados en la Unidad de Quemados del Hospital Universitario de Getafe. El Hospital Universitario La Paz atiende a las personas de los municipios del área Norte de la Comunidad de Madrid, zona de alto poder adquisitivo y con mayor relevancia en los ámbitos político y económico. Por el contrario, el Hospital Universitario de Getafe atiende a los vecinos del sur de Madrid, fundamentalmente de la zona de Getafe y Pinto, donde el poder adquisitivo es menor. Estas características de la población podrían influir en los resultados que podamos obtener, por tanto, se tendrá en cuenta seleccionando el mismo número de pacientes de cada uno de los hospitales con el fin de garantizar la fiabilidad de los resultados.

3.4 Captación de la muestra

Para la captación de los posibles participantes, en primer lugar, se contará con la aprobación de los Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC) de los Hospitales Universitarios La Paz y Getafe y se presentará a las Direcciones de Enfermería de dichos centros.

Una vez obtenida su aprobación, se les presentará el proyecto a los Supervisores de las Unidades que serán los encargados de llevar a cabo una captación activa y actuar como persona de enlace poniendo en contacto a los sujetos que cumplan los criterios de

inclusión con la investigadora principal. Una vez seleccionados los posibles candidatos se les contactará mediante vía telefónica y se les pedirá su colaboración una vez que se les haya informado del propósito del estudio (ver [anexo 5](#)) y que hayan firmado el Consentimiento Informado (ver [anexo 6](#)).

Previamente a esto se acordará una reunión con cada uno de los supervisores a los cuales se les presentará el estudio, se les explicará su objetivo y el perfil de los informantes necesarios para la elaboración del mismo.

3.5 Recogida de datos

Una vez seleccionados los participantes la investigadora principal se pondrá en contacto con ellos vía telefónica, se acordará con ellos el momento y lugar de encuentro y se realizará una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas ([Anexo 7](#)). El tiempo estimado para cada una de las entrevistas será de 1 hora, siendo ajustado este tiempo según las necesidades de cada uno de los participantes. Las entrevistas serán grabadas mediante un sistema de audio, utilizando una grabadora para garantizar el registro y la posterior transcripción de las ideas expresadas, previa información y consentimiento por parte de los participantes, siempre garantizando la protección de los datos de carácter personal, según lo marcado en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal RD 15/1999. Los datos que se requieran no se usarán para otro fin fuera de los de este estudio, garantizando siempre el anonimato de los participantes.

Las respuestas a la entrevista serán grabadas y codificadas usando un número de identificación que solo la investigadora principal podrá relacionar con el participante correspondiente.

La recogida de datos no verbales y relacionados con el entorno será llevada a cabo por la investigadora principal de forma paralela a la realización de las entrevistas.

La duración del estudio será de aproximadamente un año, durante este tiempo las cintas estarán bajo la custodia de la investigadora principal y nadie más tendrá acceso a ellas. Una vez transcurrido este tiempo y finalizado el estudio las cintas serán destruidas.

3.6 Tratamiento de los datos

Una vez recabada la información necesaria, lo primero que haremos será transcribirla en un formato perfectamente legible. Ya con las entrevistas transcritas, lo siguiente que haremos será una lectura en profundidad que nos permita familiarizarnos con nuestros datos y obtener una visión global y completa del material que tenemos ^(39,40).

Después de esta lectura daremos paso a la codificación mediante la identificación de palabras, frases o fragmentos que consideremos que tienen una importancia destacable en relación con nuestros objetivos de estudio. Al mismo tiempo iremos asignándoles un código. Los códigos son etiquetas que permiten asignar unidades de significado a la información recopilada durante las entrevistas. Esto nos permite extraer del groso de los datos aquellos que realmente son relevantes para nuestro estudio y analizar cada detalle para ver qué pueden aportar al análisis general ^(39,40).

Tras este trabajo de organización y análisis inicial de cada categoría por separado, debemos proceder a la integración de la información, es decir, relacionar las diferentes categorías entre sí buscando la posible relación o puntos en común que pueda existir entre ellas ^(39,40).

Para el análisis y la organización de los datos cualitativos utilizaremos el software ATLAS TI.

Una vez realizado el análisis de los datos, la información obtenida se facilitará a la Dirección de Enfermería de los Hospitales correspondientes, estos a su vez se lo harán llegar a los Supervisores de las Unidades de Quemados participantes en el estudio.

De la misma manera se hará llegar la información a los participantes del estudio antes de que se haga pública con el fin de obtener su aprobación y publicar solo aquello con lo que ellos estén de acuerdo.

4. Aspectos éticos

La puesta en marcha del estudio se realizará con la aprobación de los Comités de Ética de los Hospitales Universitarios La Paz y Getafe.

Todo aquel que quiera participar en el estudio deberá cumplir con la voluntariedad, el entendimiento de la hoja informativa y la aprobación y firma el consentimiento informado.

Con el fin de proteger la intimidad del paciente y asegurar la confidencialidad de la información recogida se suprimirá cualquier dato que pueda identificarlos. La protección de los datos se hará conforme a lo establecido por la Ley de Protección de Datos 15/1999⁽⁴¹⁾.

En este estudio se garantizará el cumplimiento de los principios éticos de la declaración de Helsinki y las normas del código de Núremberg, así como lo marcado por la Ley 41/2004 Reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁽⁴²⁾.

5. Cronograma del estudio

Este estudio se realizará durante todo un año, en un espacio temporal que abarca desde septiembre de 2018-2019.

A continuación, se muestra la distribución de tareas elegida para la realización de la investigación:

| FASES | 2018 | | 2019 | | | |
|---|------------------------|-------------------------|-------------------|-----------------|----------------|-----------------------|
| | Septiembre- Octubre | Noviembre- Diciembre | Enero- Febrero | Marzo- Abril | Mayo- Julio | Agosto- Septiembre |
| Presentación y aprobación del estudio | | | | | | |
| Captación y selección de los sujetos de estudio | | | | | | |
| Realización de entrevistas/ recogida de datos | | | | | | |
| Transcripción de las entrevistas | | | | | | |
| Análisis de los datos obtenidos | | | | | | |
| Elaboración del informe final | | | | | | |

6. Limitaciones del estudio

Las posibles limitaciones encontradas en este estudio son las siguientes:

- Dificultad en la captación de sujetos hasta la saturación del discurso.
- Sesgo muestral: Posible pérdida de información debido a la pérdida de sujetos por el muestreo por conveniencia.
- Sesgo de memoria: los criterios de inclusión, al incluir solo a pacientes que hayan recibido el alta hace más de un año puede considerarse una limitación del estudio. En efecto, este criterio de inclusión determina la posible pérdida de información por el tiempo transcurrido desde el suceso.
- Sesgos de selección: no se está excluyendo a aquellos pacientes con patología previa lo cual podría condicionar las variables incluidas en este estudio.
- El ámbito de nuestro estudio son solo dos centros de la CAM, por lo que es posible que la muestra estudiada no sea representativa de las realidades de otros pacientes.

7. Conclusiones e implicaciones en la práctica clínica

El paciente gran quemado dadas sus características es especial y diferente a cualquier otro, por ello es fundamental tener unos conocimientos específicos para su cuidado, donde la enfermería, junto con un equipo multidisciplinar, desempeña un papel clave en su tratamiento y recuperación.

Existe una gran cantidad de bibliografía a cerca de la repercusión en la calidad de vida del paciente gran quemado, pero pocas son las que lo hacen desde un enfoque puramente enfermero, en España, la bibliografía es aún más escasa.

Tras el análisis de todos los artículos revisados, todos ellos siguen una línea común: las quemaduras provocan una disminución en la calidad de vida percibida por estos pacientes.

Conocer desde la perspectiva de los protagonistas de la atención sus necesidades nos permitirá como profesionales adecuar con más eficacia el abordaje y la planificación de los cuidados prestados, lo cual llevará a un trabajo de reconocimiento y posibilidades de mejora en las Unidades de Quemados principalmente, así como en el resto de niveles de

atención ya que una vez reciban el alta hospitalaria seguirán necesitando recursos de otros niveles, como por ejemplo la Atención Primaria.

Este estudio, además de sus objetivos mencionados anteriormente pretende fomentar la investigación en enfermería. Como aspectos positivos de este estudio de investigación destacarían:

- El fomento de la investigación cualitativa en enfermería.
- Con la realización de este estudio se mejoraría la calidad de la atención prestada a este tipo de pacientes, disminuyendo las posibles secuelas y los costes derivados de la atención de las mismas.

AGRADECIMIENTOS

No quería acabar sin antes agradecer a Lourdes Casillas Santana su apoyo incondicional, acompañamiento, ánimos y entusiasmo durante todo el proceso de elaboración de este trabajo.

A mi familia, por ser mi pilar fundamental y creer en mí, gracias en especial a mis padres, hermana y tía por ser mi apoyo diario.

A mi persona especial, esto también es gracias a ti.

Y, por último, gracias a esos pacientes de la Unidad de Quemados del Hospital Universitario La Paz, este trabajo va por vosotros.

BIBLIOGRAFÍA

1. Palao Doménech R. Fisiopatología local y sistémica. Diagnóstico y clínica. Mecanismo y epidemiología de las quemaduras. En: Soler H, Soto A, Matos L, Palacio A, Serrano E, Roig M, editor. Quemados. Valoración y criterios de actuación. 1ª Edición ed. Barcelona: Marge Medica Books; 2009. p. 13-21.
2. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Guía Clínica. Manejo del paciente gran quemado [Internet]. Santiago: Minsal;2016 [Consultado 2 Feb 2018]. Disponible en: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/GPC-GRAN-QUEMADO-FINAL-18-MARZO-2016_DIAGRAMADA.pdf
3. Garrido Calvo AM, Pinos Laborda PJ, Medrano Sanz S, Bruscas Alijalde MJ, Moreno Mirallas I, Gil Romea I. Quemaduras. Arch Cir Gen Dig [Internet] 2001 [Consultado 2 Feb 2018]. Disponible en: www.cirugest.com/revisiones/cir03-04/03-04-01.htm
4. Curiel Balsera E, Prieto Palomino MA, Fernández Jiménez S, Fernández Ortega JF, Mora Ordoñez J, Delgado Amaya M. Epidemiología, manejo inicial y análisis de morbilidad del gran quemado. Medicina Intensiva. 2006;30(8):363-639.
5. Gueugniaud P, Carsin H, Bertin-Maghit M, Petit P. Current advances in the initial management of major thermal burns. Intensive Care Med. 2000;26:848-856.
6. OMS: Organización Mundial de la Salud. Quemaduras [Internet]. [Consultado 2 Feb 2018]; Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/es/>.
7. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria 2015 [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2016 [Consultado 5 Feb 2018]. Disponible en: www.ine.es
8. Servicio Madrileño de Salud. Memoria anual de actividad del Servicio Madrileño de Salud año 2016 [Internet]. Comunidad de Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2017 [Consultado 7 Feb 2018]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017969.pdf>
9. Servicio Madrileño de Salud. Hospital Universitario La Paz. Memoria 2016 [Internet]. Comunidad de Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2017 [Consultado 7 Feb 2018]. Disponible en:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?language=es&pagename=HospitalLaPaz%2FPa ge%2FHPAZ_home

10. Servicio Madrileño de Salud. Hospital Universitario de Getafe. Memoria 2016 [Internet]. Comunidad de Madrid: Servicio Madrileño de Salud; 2017 [Consultado 7 Feb 2018]. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=HospitalGetafe/Page/HGET_home
11. Fernández-Morales E, Gálvez-Alcaraz L, Fernández-Crehuet-Navajas J, Gómez-Gracia E, Salinas-Martínez JM. Epidemiology of burns in Malaga, Spain. *Burns*.1997;23(4):323-332
12. Zerpa P, Rotindaro P, Herrera I. Morbimortalidad de pacientes quemados que ingresaron al Hospital Universitario Ángel Larraide. Enero-Julio 2012. Valencia (Venezuela). *Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma*. 2012;12(1):24-28.
13. Galeiras Vázquez RM. Modelo predictivo de mortalidad y disfunción de órganos en pacientes quemados. [Tesis doctoral]. A Coruña: Universidad de A Coruña; 2008.
14. Gómez-Cía T, Mallén J, Márquez T, Portela C, Lopez I. Mortality according to age and burned body surface in the Virgen del Rocio University Hospital. *Burns*. 1999;25(4):317-323.
15. Schwartz RJ, Chirino CN, Sáenz SV, Rodríguez TV. Algunos aspectos del manejo del paciente quemado en un servicio de cirugía infantil a propósito de 47 pacientes pediátricos. IIª parte. *Rev Argent Dermatol*. 2008;89:165-173.
16. Ramírez C, González L, Ramírez N, Vélez K. Fisiopatología del paciente quemado. *Salud UIS*. 2010;42:55-65.
17. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones por causa de muerte 2016. Defunciones por causas (lista reducida), sexo y edad [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2017 [Consultado 16 Feb 2018]. Disponible en: [ww.ine.es](http://www.ine.es)
18. Martín Espinosa NM, Píriz-Campos RM. Secuelas en los pacientes con quemaduras graves. *Revista Rol de Enfermería*. 2014;37(2):100-109.
19. Blanca Gutiérrez J, Blanco Alvariño A, Luque Pérez M, Ramírez Pérez M. Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios

- cualitativos. *Enferm Global* [Internet] 2008 [Consultado 18 Feb 2018];7(1). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/822>
20. Grupo de la OMS sobre calidad de vida. ¿Qué calidad de vida? Foro mundial de la salud [Internet] 1996 [Consultado 20 Feb 2018]; 17(4):385-387. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
21. Zapata D, Estrada A. Calidad de vida relacionada con la salud de las personas afectadas por quemaduras después de la cicatrización, Medellín, Colombia. *Biomédica*. 2010;30(4):500.
22. Echevarría-Guanilo ME, Gonçalves N, Farina JA, Rossi LA. Assessment of health-related quality of life in the first year after burn. *Escola Anna Nery*. 2016;20(1):155-166.
23. Pallua N, Künsebeck HW, Noah EM. Psychosocial adjustments 5 years after burn injury. *Burns*. 2003;29(2):143-152.
24. Sideli L, Prestifilippo A, Di Benedetto B, Farrauto R, Grassia R, Mulè A, et al. Quality of Life, Body Image, and Psychiatric Complications in Patients with a Burn Trauma: Preliminary Study of the Italian Version of the Burn Specific Health Scale-Brief. *Ann Burns Fire Disasters*. 2010;23(4):171-176.
25. Fauerbach J, Lezotte D, Hills R, Cromes G, Kowalske K, de Lateur B, et al. Burden of Burn: A Norm-Based Inquiry into the Influence of Burn Size and Distress on Recovery of Physical and Psychosocial Function. *J Burn Care Rehabil*. 2005;26(1):21-32.
26. Rojas Cebrero AK, Romero Pérez I. Quemaduras: Experiencias de vida. Iztapalapa: *Revista de Ciencias Sociales y Humanidades* [Internet] 2010 [Consultado 21 Feb 2018]; (68):17-38. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5778695>
27. Miller T, Bhattacharya S, Zamula W, Lezotte D, Kowalske K, Herndon D, et al. Quality of life of people admitted to burn centers, United States. *Quality of Life Research*. 2013;22(9):2293-2305.
28. Öster C, Willebrand M, Ekselius L. Burn-specific health 2 years to 7 years after burn injury. *J Trauma Acute Care Surg*. 2013;74(4):1119-1124.

29. Thombs BD, Notes LD, Lawrence JW, Magyar-Russell G, Bresnick MG, Fauerbach JA. From survival to socialization: A longitudinal study of body image in survivors of severe burn injury. *Journal of Psychosomatic Research*. 2008;64(2):205-212.
30. Hunter TA, Medved MI, Hiebert-Murphy D, Brockmeier J, Sareen J, Thakrar S, et al. "Put on your face to face the world": Women's narratives of burn injury. *Burns*. 2013;39(8):1588-1598.
31. Arriagada I, C. Manejo multidisciplinario del gran quemado. RM CLC [Internet]. 2016 [Consultado 19 Mar 2018];27(1):38-41. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manejo-multidisciplinario-del-gran-quemado-S0716864016000079>
32. Zoucha R. La utilización de métodos cualitativos en enfermería. *Cul Cuid* [Internet] 1999 [Consultado 26 Feb 2018]; (6):80-90. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2860812>
33. Conde F, Pérez Andrés C. La investigación cualitativa en salud pública. *Rev Esp Salud Pública*. 1995;69(2):145-149.
34. Trejo Martínez F. Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Enf Neurol (Mex)* 2012;11(2):98-101.
35. Hospital Universitario La Paz [Internet]. Madrid: Salud Madrid; 2018 [Consultado 27 Feb 2018]. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354193732112&language=es&pagename=HospitalLaPaz%2FPPage%2FHHPAZ_contenidoFinal
36. Hospital Universitario de Getafe [Internet]. Madrid: Salud Madrid; 2018 [Consultado 27 Feb 2018]. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=Page&cid=1354187207906&pagename=HospitalGetafe%2FPPage%2FHGET_contenidoFinal
37. Hospital Universitario de Getafe [Internet]. Madrid: Salud Madrid; 2018 [Consultado 27 Feb 2018]. Disponible en:
http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354386830140&language=es&pageid=1159444389315&pagename=PortalSalud%2FCM_Actualidad_FA%2FPTSA_pintarActualidad&vest=1159444389315

38. Martín-Crespo Blanco, M, Salamanca Castro, A. El muestreo en la investigación cualitativa. Nure Inv [Internet]. 2007 [Consultado 28 Feb 2018]; 4(27). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/340>
39. Fernández Núñez, L. Institut de Ciències de l'Educació Universitat de Barcelona. ¿Cómo analizar datos cualitativos? Butlletí LaRecerca [Internet]. 2006 [Consultado 3 Mar 2018]; (6). Disponible en: <http://www.ub.edu/ice/recerca/fitxes/fitxa7-cast.htm>
40. González Gil T, Cano Arana A. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: Tipos de análisis y proceso de codificación (II). Nure Inv [Internet]. 2010 [Consultado 3 Mar 2018]; 7(45). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/485>
41. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, núm. 298, de 14 de diciembre de 1999)
42. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. (Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, núm.274, de 15 de noviembre de 2002)

ANEXOS

Anexo 1. Profundidad de las quemaduras, según distintas clasificaciones

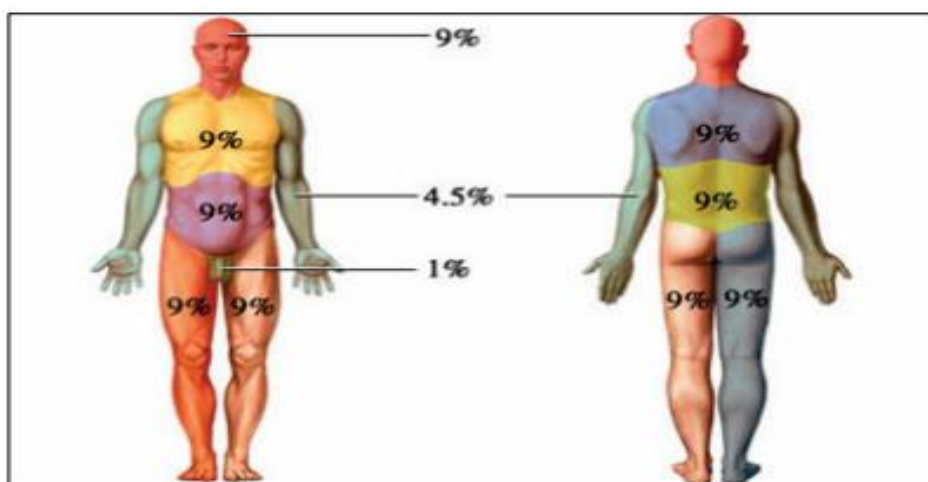
| Clasificación | | | Nivel histológico afectado | Aspecto | Pronóstico |
|------------------|----------------------------------|----------------------------|---|--|--|
| Benaim | <i>Converse-Smith</i> | ABA | | | |
| Tipo A | Primer grado | Epidérmica | Epidermis | <ul style="list-style-type: none"> - Eritema doloroso - Edema | <ul style="list-style-type: none"> - Curación espontánea sin cicatriz |
| Tipo AB-A | Segundo grado superficial | Dérmica superficial | Epidermis y dermis papilar | <ul style="list-style-type: none"> - Piel rosada y dolorosa. - Flictenas | <ul style="list-style-type: none"> - Curación espontánea con cicatriz |
| Tipo AB-B | Segundo grado profundo | Dérmica profunda | Epidermis y dermis papilar y reticular sin afectar anejos profundos | <ul style="list-style-type: none"> - Piel pálida, +/- anestesiada (generalmente no tan dolorosas) - Disminución de la sensibilidad - Escara | <ul style="list-style-type: none"> - Curación lenta con cicatriz. Necesita injertos. - Escarotomías/fasciotomías en ocasiones. - Pérdida de pelo, secuelas estéticas y funcionales. |
| Tipo B | Tercer grado | Espesor total/subdérmica | Epidermis, dermis e hipodermis, con afectación de anejos, puede afectar al plano óseo | <ul style="list-style-type: none"> - Escara seca - Dermis seca, blanca o carbonizada, piel arrugada, insensibilidad - Ausencia de dolor | <ul style="list-style-type: none"> - Escarotomías y/o fasciotomías precoces - Requiere injertos o colgajos |

Fuente: elaboración propia a partir de Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2)

Anexo 2. Regla de Wallace

| Zona | Adulto | 5 años | Lactante |
|---------------------|---------|---------|----------|
| Cabeza | 9% | 14% | 18% |
| Tronco/espalda | 18%/18% | 18%/18% | 18%/18% |
| Miembros superiores | 9%/9% | 9%/9% | 9%/9% |
| Miembros inferiores | 18%/18% | 18%/18% | 18%/18% |
| Periné | 1% | | |

Fuente: elaboración propia a partir de Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2)



Fuente: elaboración propia a partir de Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2)

Anexo 3. Escala de Lund-Browder

| | 0-1 años | 1-4 años | 4-9 años | 10-15 años | Adulto |
|------------------|----------|----------|----------|------------|--------|
| Cabeza | 19 | 17 | 13 | 10 | 7 |
| Cuello | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Tronco anterior | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 |
| Tronco posterior | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 |
| Nalga derecha | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Nalga izquierda | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Genital | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Brazo dcho. | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Brazo izdo. | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Antebrazo dcho. | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Antebrazo izdo. | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Mano dcha. | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Mano izda. | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Muslo dcho. | 5 | 6 | 8 | 8 | 9 |
| Muslo izdo. | 5 | 6 | 8 | 8 | 9 |
| Pierna dcha. | 5 | 5 | 5 | 6 | 7 |
| Pierna izda. | 5 | 5 | 5 | 6 | 7 |
| Pie dcho. | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Pie izdo. | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |

Fuente: elaboración propia a partir de Ministerio de Salud.
Gobierno de Chile. (2)

Anexo 4. Criterios de gravedad de las quemaduras

| Tipo de quemadura | Criterios |
|---------------------------|--|
| Quemadura menor | <ul style="list-style-type: none">• 15% de SCQ (superficie corporal quemada) o menos de primer o segundo grado en adultos.• 10% de SCQ o menos de primer o segundo grado en niños.• 2% SCQ o menos de tercer grado en niños o adultos (que no afecten ojos, orejas, cara o genitales). |
| Quemadura moderada | <ul style="list-style-type: none">• 15-25% de SCQ de segundo grado en adultos.• 10-20% de SCQ de segundo grado en niños.• 2-10% de SCQ de tercer grado en niños o adultos (que no afecten ojos, orejas, cara o genitales). |
| Quemadura mayor | <ul style="list-style-type: none">• 25% de SCQ de segundo grado en adultos.• 20% de SCQ de segundo grado en niños.• 10% de SCQ de tercer grado en niños o adultos.• Quemaduras de segundo y tercer grado que involucran ojos, oídos, orejas, cara, manos, pies, articulaciones principales, periné y genitales.• Todas las lesiones inhalatorias con o sin quemaduras.• Quemaduras eléctricas.• Quemaduras químicas en áreas como la cara, párpados, orejas, manos, pies, articulaciones principales, periné y genitales.• Quemaduras asociadas a traumatismos.• Quemaduras en personas de alto riesgo: diabetes, desnutrición, enfermedad pulmonar, enfermedad cardiovascular, alteraciones sanguíneas, SIDA u otras enfermedades inmunodepresoras, cáncer.• Quemaduras en personas afectadas de enfermedad mental. Quemaduras en mujeres embarazadas. |

Fuente: Elaboración propia a partir de Schwartz RJ et al (15)

Anexo 5. Hoja de información al paciente



HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

TÍTULO DEL ESTUDIO: Aproximación a la vivencia del paciente gran quemado en su proceso de recuperación.

PROMOTOR: Alumna de cuarto de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Laura Montero Suárez. Estudiante de cuarto de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid. Teléfono: 913346430. E-mail: laura.montero@uam.es

CENTRO: Hospital Universitario La Paz. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

DIRECCIÓN POSTAL: Laura Montero Suárez; C/Arzobispo Morcillo, 4. 28029 Madrid.

INTRODUCCIÓN

Me dirijo a usted para informarle sobre un estudio de investigación que estamos realizando y en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de los Hospitales Universitarios La Paz y Getafe.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención. Cualquier duda que pueda surgir no dude en ponerse en contacto con nosotros.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

La participación en este estudio es totalmente voluntaria, es usted quien decide participar o no y de la misma manera puede cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento sin que esto suponga ningún perjuicio para usted y sin la necesidad de dar explicaciones.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Las quemaduras constituyen uno de los traumas más severos que el ser humano puede experimentar, éstas suponen una perturbación que afecta a todas las esferas de la persona. Es conocido que los supervivientes tienen que hacer frente a grandes cambios tanto físicos como psicológicos y sociales. El tratamiento de las quemaduras se extiende más allá de la curación de las mismas, abarcando otros aspectos a tratar como la funcionalidad, los aspectos psicológicos y sociales. Para ello se necesita un equipo multidisciplinar que elaboren planes de cuidados basándose en la vida futura de esa persona.

Por este motivo, el objetivo principal de este estudio es conocer el impacto de las lesiones por quemadura y su recuperación en la calidad de vida del paciente gran quemado.

Para la consecución de este objetivo el estudio se desarrollará durante el próximo año.

Los candidatos para participar en este estudio son tanto hombres como mujeres con una edad comprendida entre 20 y 40 años que hayan estado ingresado en las Unidades de Grandes Quemados de los Hospitales Universitarios La Paz y Getafe, pertenecientes a la Comunidad de Madrid y que hayan recibido el alta hospitalaria hace al menos un año.

PROCEDIMIENTO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio en el que usted será entrevistado de forma personal y se le pedirá que responda a una serie de preguntas. Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que la investigadora pueda transcribir fielmente después las ideas que usted haya expresado.

El lugar y el momento de realización de la entrevista será acordado previamente con usted contando la investigadora con disponibilidad plena.

La duración del estudio será de un año, durante ese tiempo las grabaciones estarán bajo la custodia de la investigadora principal, siendo esta la única persona que tendrá acceso a ellas. Una vez dado por finalizado el estudio estas serán destruidas.

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial.

BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Es posible que no obtenga ningún beneficio directo de su participación en el estudio. Al igual que no se deriva ningún riesgo de su participación en el mismo.

Su colaboración en este estudio nos permite conocer su realidad y sus necesidades, y, de esta manera está ayudando a otras personas que puedan encontrarse en su misma situación ya que podremos proporcionarles una atención de mayor calidad adaptada a sus necesidades.

Al ser una investigación no financiada ni patrocinada, no contamos con la posibilidad de poder proporcionarles ningún tipo de incentivo.

CONFIDENCIALIDAD

De acuerdo con la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal RD 15/1999, se garantiza la protección de los datos de carácter personal que sean requeridos por parte de la investigadora para la realización de esta investigación. De tal forma que no serán compartidos, expuestos o publicados, ni se usarán para ningún otro propósito fuera de los de este estudio garantizando el anonimato de los participantes. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas, solo los investigadores podrán relacionar dichos datos con usted. En consonancia a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador principal del estudio.

Le agradezco su participación de antemano.

Anexo 6. Consentimiento informado para participar en el estudio



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

TÍTULO DEL ESTUDIO: Aproximación a la vivencia del paciente gran quemado en su proceso de recuperación.

PROMOTOR: Alumna de cuarto de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Laura Montero Suárez. Estudiante de cuarto de Enfermería de la Universidad Autónoma de Madrid. Teléfono: [REDACTED]. E-mail: [REDACTED]

CENTRO: Hospital Universitario La Paz. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

DIRECCIÓN POSTAL: Laura Montero Suárez; C/Arzobispo Morcillo, 4. 28029 Madrid

Yo, Don/Dña _____ he leído y comprendido el documento informativo que me ha sido entregado. He sido informado(a) de la meta de este estudio y soy conocedor(a) de que la información que yo proporcione en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree ningún perjuicio hacia mi persona y sin tener que dar explicaciones.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la investigadora al teléfono anteriormente mencionado.

Por todo ello y en tales condiciones, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Anexo 7: Guion de entrevista

- *¿Qué edad tenía en el momento del accidente?*
- *¿Qué estaba haciendo en el momento en que se produjo el accidente?*
- *¿En qué lugar de su cuerpo sufrió las quemaduras?*
- *¿Cómo recuerda el momento del accidente?*
- *¿Cómo recuerda el momento del ingreso en la Unidad? ¿Y la estancia hospitalaria?*
- *¿Cómo se sintió durante su periodo de recuperación? ¿Cómo se siente ahora un año después?*
- *¿Cómo considera el trato recibido por los profesionales durante su estancia hospitalaria? ¿Se ha sentido apoyado?*
- *¿Qué secuelas o consecuencias ha experimentado?*
- *¿Cómo ha afectado esto en su calidad de vida?*
- *¿Cómo se ha adaptado usted a esta nueva situación?*
- *¿Cómo ha sido su reinserción en la sociedad? ¿Han tenido las lesiones algún impacto en sus relaciones sociales ya sea con su familia, amigos, pareja, compañeros...?*
- *¿Se ha sentido alguna vez rechazado(a)? ¿Le han mirado o tratado diferente?*
- *¿Estaba trabajando cuando sufrió el accidente? ¿Y ahora? ¿Ha vuelto a su anterior trabajo? ¿Cómo ha sido esa vuelta?*
- *¿Cómo es su vida actualmente?*
- *¿Desea añadir algo más?*

El lenguaje utilizado se adaptará a las condiciones del informante.

Este guion es orientativo, al tratarse de una entrevista abierta, los sujetos de estudio pueden profundizar y extenderse donde ellos lo consideren oportuno.

En el caso de que el participante decline la realización de la entrevista, se apagará la grabadora y se procederá al cierre y finalización del encuentro, mostrándose siempre comprensivo y agradeciendo su interés. De la misma manera nos pondremos a disposición del informante por si hubiera un cambio de opinión en un futuro. La información obtenida se destruirá.

Si el sujeto no deseara ser grabado, el entrevistador deberá transcribir toda la entrevista siendo fiel a las palabras del informante.